

Le concept d'autonomie

Indicateur synthétique et opérationnel du mode de vieillissement : une approche systémique

The concept of autonomy (synthetic and operation indicators of old age : a systemic approach)

Aimé Lebeau, Claude Sicotte, Charles Tilquin et Lise Tremblay

Volume 5, numéro 2, novembre 1980

Vieillir

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030077ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030077ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Lebeau, A., Sicotte, C., Tilquin, C. & Tremblay, L. (1980). Le concept d'autonomie : indicateur synthétique et opérationnel du mode de vieillissement : une approche systémique. *Santé mentale au Québec*, 5(2), 70-90. <https://doi.org/10.7202/030077ar>

Résumé de l'article

Dans le présent article, nous précisons d'abord le contexte et les objectifs de l'étude. Dans un deuxième temps, nous définissons le concept d'autonomie, indiquant comment celui-ci s'est traduit concrètement à l'étape de la cueillette d'informations (formulaire d'évaluation d'autonomie fonctionnelle). Dans un troisième temps, nous présentons la méthode de mesure ainsi que certains résultats obtenus avec un indice de comportements observables (activités de vie quotidienne, d'exploration extérieure et d'entretien ménager).

LE CONCEPT D'AUTONOMIE
Indicateur synthétique et opérationnel du mode de vieillissement :
une approche systémique

*Aimé Lebeau, Claude Sicotte, Charles Tilquin, Lise Tremblay **

L'étude des divers phénomènes reliés au vieillissement, plus encore que pour les périodes antérieures de l'existence, nécessite l'utilisation d'indicateurs synthétiques de santé. De tels indicateurs doivent être construits de manière à permettre une vision exclusive de l'état des besoins de santé d'une personne ou d'une population âgée.

Ainsi, ce n'est pas un effet du hasard si les spécialistes du troisième âge ont été, comme le souligne J. Pous *et al.*, (1979), les premiers à tenter d'explorer d'autres indicateurs que ceux qui sont habituellement utilisés dans le domaine de la santé, c'est-à-dire : les indicateurs épidémiologiques (démographie, morbidité, mortalité, espérance de vie) et les indicateurs liés à l'offre de soin et à l'utilisation des services (équipements hospitaliers, dépenses de santé, productivité hospitalière, nombre d'actes, consommation médicale, etc.).

La réflexion qui porte sur les indicateurs épidémiologiques s'est orientée vers une argumentation critique. Une telle réflexion débouche dans le domaine de la gérontologie, entre autres, sur l'exploration et l'élaboration de nouveaux indicateurs adaptés à ce type de recherche.

Notre objectif n'est pas de faire la synthèse de ces réflexions critiques mais de communiquer une expérience québécoise — en cours de réalisation — centrée sur un type d'indicateurs adaptés à la problématique du vieillissement. En continuité avec les réflexions de J.L. Albarède *et al.* (1979), ce type d'indicateurs est basé sur le concept d'autonomie ou d'indépendance comportementale. Ce concept cherche à intégrer les facteurs multiples qui déterminent les modes de vieillissement.

Dans le présent article, nous précisons d'abord le contexte et les objectifs de l'étude. Dans un deuxième temps, nous définissons le concept d'autonomie, indiquant comment celui-ci s'est traduit concrètement à l'étape de la cueillette d'informations (formulaire d'évaluation d'autonomie fonctionnelle). Dans un troisième temps, nous présentons la méthode de mesure ainsi

* A. Lebeau et C. Sicotte sont chercheurs. C. Tilquin est professeur agrégé au département d'Administration de la Santé et directeur de l'Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé (EROS), Université de Montréal. L. Tremblay est programmeur.

Cette étude est subventionnée par le Ministère des Affaires sociales du Québec, le Programme National de Recherche en Matière de Santé (Santé et Bien-Être Canada) et par le Prêt d'honneur Inc.

que certains résultats obtenus avec un indice de comportements observables (activités de vie quotidienne, d'exploration extérieure et d'entretien ménager).

CONTEXTE ET OBJECTIFS

La production d'informations pertinentes pour identifier les besoins des personnes âgées, ou l'étude globale des conditions physiques, psychologiques et sociologiques propres à celles-ci, est prioritaire à toute action concertée en faveur de nos concitoyens plus âgés. Nous pensons en particulier à celle que doivent mener les institutions sociales pour répondre à leurs besoins actuels et futurs.

Cet intérêt pour le groupe de personnes âgées de 65 ans et plus s'appuie sur des considérations démographiques maintes fois citées – voir entre autres Desjardins et Légaré (1977) – qui soulignent une évolution irréversible, à savoir : le vieillissement de la population du Québec au cours des décennies à venir.

Parallèlement à la croissance des coûts des services socio-sanitaires, attribuable à la fois au plus grand nombre de personnes âgées au sein de la population et à la reconnaissance du droit des personnes âgées à des services adéquats, on s'interroge de plus en plus sur l'efficacité des divers programmes mis sur pied pour répondre aux besoins des personnes âgées. Un intérêt s'est donc manifesté relativement au développement de méthodes d'évaluation de ces besoins, ces dernières méthodes étant indispensables pour élaborer de meilleures stratégies d'allocation des ressources.

Le projet CTMSP 77 de l'Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé EROS (1977a) s'était précisément fixé comme objectifs :

- a) de construire un instrument de classification pour les malades en soins prolongés, permettant d'identifier leurs besoins et de guider leur placement dans un système de services de santé et de services sociaux ;
- b) d'évaluer cet instrument (fiabilité et validité) ;
- c) d'initier son implantation et
- d) de l'utiliser pour évaluer le système actuel de placement.

Pour les fins du projet CTMSP 77, une importante banque de données a été constituée à partir d'entrevues faites auprès d'un groupe de personnes âgées (voir détails plus loin). Ces données ont été utilisées jusqu'à présent pour construire un instrument d'évaluation des besoins de l'individu, du point de vue des services socio-sanitaires. À cette fin, l'information a été traitée d'une manière parcellaire via une analyse de contenu de chacun des formulaires.

L'étude rapportée ci-après se situe en continuité avec le projet décrit précédemment. Nous nous proposons de considérer l'ensemble des individus sélectionnés, pour produire une analyse descriptive globale des caractéristiques socio-sanitaires d'une population âgée de 65 ans et plus, soit celle du territoire du CRSSS 6C.

À cet effet, nous avons élaboré une stratégie pour utiliser pleinement les données disponibles. Le schéma général proposé, tout en respectant les critères particuliers au devis expérimental du projet original (CTMSP 77), donne un aperçu des différentes étapes de notre démarche (figure 1 phase 1). Cette dernière a été effectuée sur la base de l'information recueillie chez les personnes âgées vivant à domicile ou en institution.

À la droite de ce schéma, nous indiquons l'éventail des études descriptives qui ont été planifiées. (Toutes les études n'ont pu être réalisées dans le cadre des subventions qui nous ont été accordées). Le schéma fait état surtout de l'éventail des données actuellement disponibles ainsi que des travaux planifiés à partir de celles-ci. Ainsi, chacune des études traite de l'ensemble des données disponibles, selon chacun des instruments de collecte d'informations : formulaire d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle, formulaires d'évaluation médicale et d'allocation de services.

La première analyse présentée, centrée sur le concept d'autonomie, prend en considération les données de la première banque (évaluation de l'autonomie). Les objectifs spécifiques de l'étude préliminaire rapportée sont :

- réduire la masse d'informations par élimination et agrégation (création de variables);
- construire un indice d'autonomie restreinte permettant de construire empiriquement des profils d'autonomie différenciés;
- décrire, à partir de ces profils, les principales caractéristiques des personnes âgées autonomes.

Comme déjà mentionné, la poursuite de ces objectifs s'inscrit dans le cadre du devis expérimental mis au point lors de la création de cette banque de données – EROS (1978). Les principales caractéristiques de ce devis sont : l'échantillon de plus de 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus, stratifié selon le degré d'urbanisation, le sexe, l'âge et le lieu de résidence : domicile et institution. En ce qui concerne les établissements, on a distingué entre les personnes se trouvant en centre hospitalier de courte durée, de longue durée, en centre d'accueil public et privé, en foyer connu du MAS et du CSS, ou en famille d'accueil.

Par conséquent, ce devis expérimental fournit un cadre de référence général qui rend compte de l'éventail des besoins des personnes âgées de 65 ans et plus. L'exploitation du matériel ainsi recueilli, selon les objectifs ci-haut mentionnés, est d'autant plus pertinente qu'elle ne se limite pas uniquement à des sous-ensembles, tels les personnes âgées vivant dans leur domicile ou encore les personnes âgées institutionnalisées, mais considère plutôt la structure sociale dans son ensemble.

DÉFINITION DU CONCEPT D'AUTONOMIE

L'autonomie— c'est-à-dire le pouvoir d'agir ou de ne pas agir, donc de choisir l'orientation de sa conduite selon ses propres règles et celles établies socialement — correspond ici à la notion d'indépendance comportementale.

Le maintien de cette indépendance est déterminé par le degré d'adaptation des capacités fonctionnelles (actuelles et potentielles) de la personne aux exigences des diverses activités qu'elle doit accomplir. Certaines de ces activités sont élémentaires, à savoir : s'habiller, se nourrir, etc. ; d'autres par contre sont plus complexes, notamment en ce qui concerne les rapports sociaux et le domaine affectif.

Par conséquent, plusieurs facteurs sont susceptibles de perturber l'autonomie de la personne vieillissante. De nombreuses études ont mis en évidence de tels facteurs : d'une part, les facteurs propres à réduire le potentiel physique et psychologique, c'est-à-dire la diminution des capacités fonctionnelles due à la baisse de performance de l'organisme ou à la morbidité ; d'autre part, un ensemble de conditions sociales qui, pour la majorité des personnes âgées, se dégradent progressivement avec l'âge : statut social, modalités de la prise de la retraite, intensité des contacts sociaux et affectifs, niveau d'activité et de loisir, cadre de vie, etc. Les dynamiques particulières à chacun des deux ordres de facteurs contribuent à définir les modes de vieillissement qui caractérisent le fonctionnement autonome de la personne âgée.

La mesure de l'autonomie est basée sur des comportements directement observables. On peut donc de cette façon évaluer les degrés d'autonomie et, corrélativement, identifier les incapacités qui indiquent des besoins d'aide, de support et d'activation. L'handicap ou l'incapacité apparaît ici comme une des composantes de l'autonomie, car cette dernière offre une perspective plus globale (incluant les autres facteurs qui conditionnent la perte d'autonomie).

La formulation du concept gagnerait à être davantage élaborée, ce que nous nous proposons de faire au cours de notre étude ; mais, d'ores et déjà, il

fournit plusieurs exemples d'application aux personnes âgées. Plus précisément, l'exploration des besoins des personnes âgées par l'évaluation de l'autonomie a permis, comme le soulignait J. Albarède *et al.* (1979), d'atteindre les objectifs suivants :

- «déterminer un certain nombre des principaux facteurs ou marqueurs de risque de la population âgée (...);
- évaluer de façon pertinente les besoins en matière de prestations sanitaires et/ou sociales : soit en identifiant des groupes à risque à doter d'un service à domicile dont ils ne bénéficiaient pas auparavant ; soit en précisant la nature exacte des équipements en matériel et personnel des grabataires dans une institution;
- vérifier l'efficacité réelle d'un de ces systèmes ou équipements à caractère sanitaire ou social» (Albarède *et al.*, 1979, p. 15).

Le concept d'autonomie apparaît donc comme stratégique d'un point de vue scientifique et pratique. Il a le potentiel d'un *indicateur social synthétique et opérationnel* de vieillissement. Une brève définition de chacun de ces termes permettra d'appréhender davantage l'utilisation projetée du concept.

L'élaboration d'un *indicateur social* s'avère nécessaire afin de suppléer à l'absence de données statistiques ou aux limitations qui leur sont rattachées, notamment en ce qui concerne un problème spécifique. Bien que les définitions de cette notion soient multiples et qu'elles sous-tendent des conceptions divergentes à plusieurs points de vue, P. Cliche (1975), suite à différentes analyses et s'appuyant sur des éléments communs à tous les auteurs, propose la définition suivante :

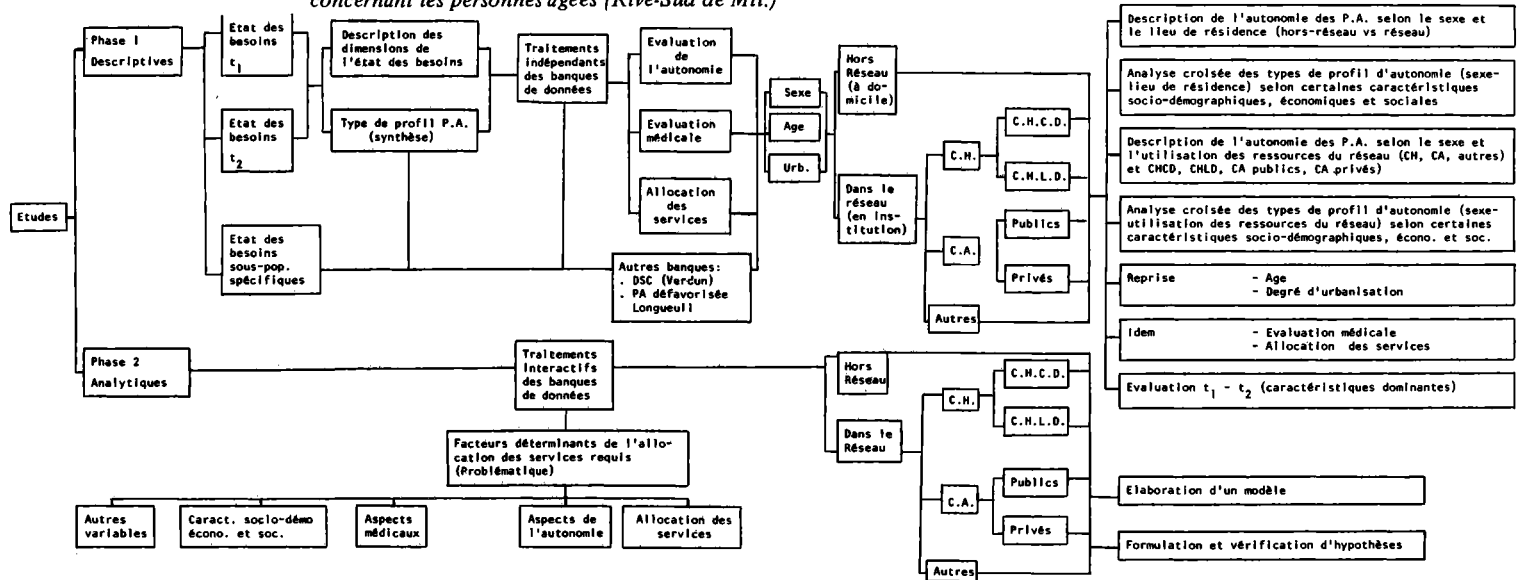
Un indicateur social est la mesure statistique d'un concept ou d'une dimension d'un concept ou d'une partie de celle-ci, reposant sur une analyse théorique préalable et intégrée à un système cohérent de mesures semblables, qui sert à décrire l'état de la société et l'efficacité des politiques sociales (Cliche, 1975, p. 28).

Cette définition a l'avantage de montrer que, si les indicateurs sociaux sont présentés sous forme statistique, ils représentent surtout les éléments d'une structure, d'un modèle social.

En ce qui concerne les caractéristiques socio-sanitaires des personnes âgées, plusieurs indicateurs quantitatifs et qualitatifs existent, chacun de ceux-ci abordant un aspect différent et complémentaire de l'autonomie.

Figure 1

Schéma général pour une stratégie d'exploration maximale des banques de données concernant les personnes âgées (Rive-Sud de Mtl.)



Cependant, afin d'avoir une vue d'ensemble, il faut prendre en considération l'interaction des facteurs intrinsèques et environnementaux du vieillissement. Il s'agit alors d'*indicateurs synthétiques*.

Enfin, on le considère *opérationnel*, parce qu'il fournit un ensemble de données exploitables en gériatrie (échelles d'indépendance comportementale avec un nombre limité de rubriques, etc.) et utilisables par les planificateurs et les gestionnaires des services socio-sanitaires.

Nous avons défini le concept d'autonomie, il faut maintenant le traduire concrètement au niveau du formulaire d'évaluation de l'autonomie, soit l'instrument de collecte des données.

La figure 2 résume les informations qui ont été recueillies relativement à l'autonomie des personnes âgées. Cette présentation ne tient pas compte de la résidence — domicile versus institution — des personnes âgées.

On peut voir à la figure 2, que le concept d'autonomie a été spécifié selon les dimensions suivantes : aspects psychosociaux, aspects physiques (facteurs intrinsèques), habitudes de vie, aspects sociaux et socio-médicaux (facteurs environnementaux) et fonctionnement de la personne âgée par rapport à certaines activités spécifiques.

Cette dernière dimension, pour laquelle on a sélectionné un certain nombre d'indicateurs correspondants (activités de vie quotidienne, d'exploration extérieure, d'entretien ménager), présente les aspects élémentaires et tangibles de l'autonomie des personnes âgées. C'est sur la base de tels indicateurs que nous voulons concevoir et exploiter une mesure synthétique permettant de constituer empiriquement des profils d'autonomie différenciés (variable dépendante). Il s'agit de portraits-types d'autonomie observés chez les personnes âgées, mis en relation avec a) les caractéristiques socio-démographiques et économiques, b) les aspects psychosociaux et physiques, c) les aspects sociaux ou environnementaux (incluant la variable urbanisation).

La première étape consiste donc à explorer ces indicateurs d'autonomie pour établir les bases d'une mesure synthétique ; d'un point de vue quantitatif (échelle d'autonomie relative) et qualitatif (signification de ses composantes), elle favorisera la constitution de profils d'autonomie différenciés (instrument de base pour les analyses subséquentes).

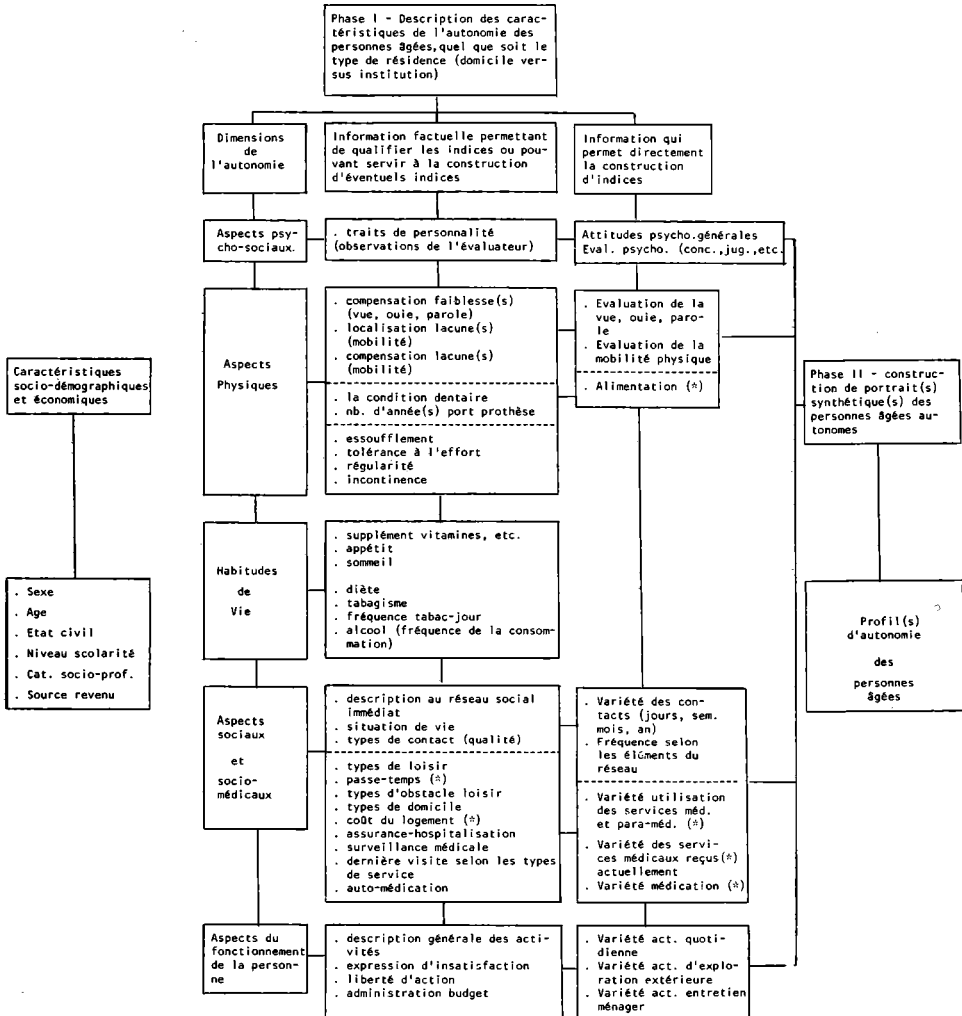
MÉTHODE DE MESURE ET RÉSULTATS

Les considérations précédentes sont des prérequis à l'élaboration d'une méthode de mesure de l'autonomie. Une telle méthode est constituée

a) d'une technique pour recueillir les données (en l'occurrence des entretiens basés sur un formulaire d'évaluation d'autonomie fonctionnelle).

Figure 2

Présentation générale du contenu de la banque de données : évaluation de l'autonomie



(*) Variables à mettre de côté pour l'instant

b) d'une série de critères qui régissent l'utilisation des indicateurs du fonctionnement de la personne âgée. Nous n'aborderons pas dans le présent article la technique de collecte de données, l'organisation et la pertinence de son contenu (figure 2), car les détails méthodologiques ont été présentés dans une autre communication traitant du système CTMSP 77 (EROS, 1980); mais nous explicitons les critères d'utilisation.

La liste des activités qui apparaissent à la figure 3 est celle qui a été retenue. Il s'agit d'un nombre limité d'activités habituellement prises en considération par des échelles d'évaluation — Katz (1970).

Le choix de ces activités a été dicté par la préoccupation d'inclure des activités variées portant sur divers aspects de la vie « normale », susceptibles d'avoir des répercussions plus ou moins importantes quant à l'autonomie. Il est certes possible que la perte d'autonomie reliée à certaines activités de base (se lever/se coucher, s'habiller, faire sa toilette personnelle, prendre un bain/douche, utiliser la toilette, se déplacer à l'intérieur et être capable de manger/se nourrir) implique également une perte d'autonomie en ce qui concerne les autres activités d'exploration (se déplacer à l'extérieur l'hiver, faire des courses l'hiver, utiliser les moyens de transport), ou en ce qui concerne l'entretien ménager (préparer les repas, effectuer les tâches lourdes et légères). Retenons cependant que la mesure doit prendre en considération ces deux ordres de phénomène.

La question posée a permis de repérer les personnes qui, au moment de l'entrevue, déclaraient être en mesure de les effectuer : *a)* seul *b)* avec aide *c)* totalement incapable *d)* ne sait pas — refuse de répondre — aucune information. Aux fins de la présente étude, les catégories *b* et *c* ont été regroupées pour constituer la dichotomie :

- la personne peut effectuer sans aide ces activités (autonome);
- la personne ne peut effectuer sans aide ces activités (perte d'autonomie).

Mentionnons, dans le cas des personnes âgées sélectionnées en institution, qu'un contrôle préalable a été effectué pour s'assurer que celles-ci étaient, au moment de l'entrevue, en mesure de fournir une réponse adéquate à ces questions. Dans le cas des personnes confuses, on a pris les réponses fournies par le soignant¹. À partir des réponses fournies, nous poursuivions simultanément les objectifs suivants :

a) construire une mesure indiquant la variété d'activités pour lesquelles la personne âgée est autonome; à l'aide de cette notion de variété, caractérisant l'état de ce qui est composé de parties diverses, nous pouvons situer sur un continuum (minimum 0, maximum 13) l'ensemble des individus de l'échantillon. Il s'agit de l'aspect quantitatif.

Figure 3

Indice global d'autonomie observée et ses composantes (N = 972, Missing = 129)

INCAPACITES	0	1	2	3	4	5		
Lever-coucher 1								
S'habiller 2								
Toil. pers. 3								
Bain/Douche 4								
Util. toilette 5								
Déplacement int. 6								
Manger/Nour. 7								
Déplac.ext. hiv. 8								
Course hiver 9								
Util. transp. 10								
Prép. repas 11								
Tâches lourdes 12								
Tâches légères 13								
N	152	124	91	9	9	2		
%	15.6	12.6	9.4	0.9	0.9	0.2		
INCAPACITES	6	7	8	9	10	11	12	13
Lever-coucher 1								
S'habiller 2								
Toil. pers. 3								
Bain/Douche 4								
Util. toilette 5								
Déplacement int. 6								
Manger/Nour. 7								
Déplac.ext. hiv. 8								
Course hiver 9								
Util. transp. 10								
Prép. repas 11								
Tâches lourdes 12								
Tâches légères 13								
N	23	5	4	3	2	1	1	1
%	2.3	0.5	0.4	0.3	0.2	0.1	0.1	0.1
INCAPACITES	12	13						
Lever-coucher 1								
S'habiller 2								
Toil. pers. 3								
Bain/Douche 4								
Util. toilette 5								
Déplacement int. 6								
Manger/Nour. 7								
Déplac.ext. hiv. 8								
Course hiver 9								
Util. transp. 10								
Prép. repas 11								
Tâches lourdes 12								
Tâches légères 13								
N	33	1						
%	3.3	0.1						

b) regrouper les personnes qui présentent une variété identique (0,1, ...13) pour les mêmes activités (a, b, ...m). Il s'agit de joindre à la mesure quantitative précédente ses composantes spécifiques (aspect qualitatif).

c) vérifier, sur la base des résultats obtenus, l'hypothèse de l'existence de groupes homogènes quant à l'autonomie.

La réalisation de ces objectifs à court terme a été possible en construisant pour chacune des personnes un vecteur considérant l'ensemble des activités retenues (13) selon les modalités (0,1). Les résultats de cette opération sont présentés à la figure 3. On observe que 84,4% de la population âgée observée a une ou plusieurs incapacités par rapport aux activités retenues, alors que 15,6% de l'échantillon a une autonomie relative². Parmi les personnes qui ont une perte d'autonomie limitée à une, deux ou trois activités (47,0% de l'échantillon), on constate qu'il s'agit en majorité d'activités reliées à l'entretien ménager. Pour celles qui ont entre quatre et six incapacités (16,1%), les activités d'entretien ménager et d'exploration extérieure sont caractéristiques. Dès le niveau de sept incapacités et plus, bien que la proportion des personnes âgées qui se trouvent à ces paliers y soit moins élevée, on observe progressivement des incapacités relatives aux activités de vie quotidienne. Enfin, 4% de l'échantillon a une perte d'autonomie pour l'ensemble des activités.

Par conséquent, les vecteurs observés indiquent que l'incapacité de pourvoir à l'entretien ménager est plus fréquente que ne le sont les lacunes qui ont trait aux activités d'exploration et de vie quotidienne. Par contre, la perte d'autonomie eu égard à certaines activités quotidiennes implique une perte d'autonomie plus grande. Ainsi, notre mesure prend en considération l'importance relative des activités quant à l'autonomie et à leur interrelation entre elles.

Examinons brièvement les taux d'incapacité par rapport à chacune des activités retenues (lecture horizontale de la figure 3 résumée dans le tableau 1). Pour être en mesure d'interpréter correctement les données qui seront présentées par la suite, les précisions suivantes s'imposent :

- Premièrement, cet échantillon n'a pas été constitué en vue d'être représentatif de la clientèle qui bénéficie des ressources institutionnelles, ou des personnes âgées qui vivent dans leur domicile, mais plutôt pour relever la gamme des besoins des personnes âgées. Les comparaisons selon le type de résidence, le sexe et l'âge se situent dans ce contexte. Pour correspondre à la situation objective, ces résultats doivent être pondérés par la proportion réelle de la population âgée en institution et à domicile, ainsi que par celle des hommes et des femmes, et des catégories d'âge.

- Deuxièmement, il peut exister un biais systématique dans l'évaluation, biais causé par la formulation ou par l'interprétation des questions

Tableau 1

Fréquence relative en pourcentage des taux d'incapacité/activité selon le type de résidence, le sexe et l'âge*

Catégories	Incapacités	DOMICILE								INSTITUTION**							
		Femme				Homme				Femme				Homme			
		65-69	70-74	75-79	80 +	65-69	70-74	75-79	80 +	65-69	70-74	75-79	80 +	65-69	70-74	75-79	80 +
Activités quotidiennes	Lever/coucher	—	—	—	5.8***	2.6	—	1.3	1.9	23.1	21.6	23.7	32.3	18.8	29.0	35.0	17.0
	S'habiller	1.1	0.9	—	5.8	1.3	—	5.7	3.8	33.8	27.0	28.9	30.6	29.7	36.2	40.0	28.3
	Toilette pers.	2.3	—	1.4	7.7	3.8	0.9	4.3	3.8	32.3	21.6	36.8	33.9	31.3	40.6	37.5	26.4
	Utilisation de la toilette	2.3	—	—	3.8	2.6	—	2.9	—	23.1	20.3	28.9	27.4	25.0	27.5	37.5	18.9
	Bain/douche	2.3	4.3	1.4	9.6	5.1	2.8	8.6	7.5	44.6	40.5	52.6	61.3	39.1	53.6	47.5	50.9
	Déplacement à l'intérieur	3.4	—	—	5.8	1.3	—	4.3	—	23.1	25.7	31.6	40.3	25.0	34.8	40.0	28.3
	Manger/se nourrir	—	—	—	1.9	1.3	—	2.9	—	6.2	5.4	15.8	12.9	4.7	13.0	15.0	9.4
Activités d'exploration extérieure	Déplacement ext. l'hiver	9.2	15.5	20.0	36.5	3.8	6.4	12.9	18.9	53.8	45.9	71.1	71.0	45.3	47.8	50.0	49.1
	Course l'hiver	17.2	21.6	40.0	44.2	10.3	9.2	18.6	26.4	72.3	58.1	73.7	82.3	56.3	63.8	57.5	66.0
	Utilisation des moyens de transport	16.1	17.2	27.1	48.1	3.8	10.1	15.7	24.5	61.5	56.8	71.1	85.5	53.1	60.9	62.5	60.4
Activités d'entretien ménager	Préparation des repas	5.7	6.0	10.0	25.0	78.2	70.6	62.9	54.7	58.5	51.4	57.9	67.7	62.5	68.1	57.5	56.6
	Tâches lourdes	34.5	44.0	54.3	75.0	41.0	30.3	50.0	58.5	84.6	75.7	84.2	93.5	76.6	85.5	62.5	75.5
	Tâches légères	10.3	6.9	14.3	30.8	25.6	17.4	27.1	32.1	53.8	48.6	60.5	71.0	53.1	73.9	55.0	64.2

* Le taux d'incapacité/activité correspond au nombre d'individus qui, au moment de l'entrevue, déclaraient avoir besoin d'une aide partielle ou totale par rapport au nombre total d'individus échantillonnés selon le type de résidence, le sexe et l'âge. À domicile le nombre total d'observations est > 50 pour chacune des cases. En institution, il y a moins de 50 observations pour le groupe des 75-79 ans.

** En institution, en ce qui concerne les activités d'exploration extérieure et d'entretien ménager, la question a été posée en ces termes : seriez-vous capable de ?

*** La signification de chacun des pourcentages de ce tableau est la suivante : par exemple, 5.8% des femmes âgées de 80 ans et plus qui vivent à leur domicile ont besoin d'une aide partielle ou totale pour se lever et coucher ; à l'inverse, 94,2% n'ont donc pas de problème.

posées. Il est possible que l'effet de l'institutionnalisation (variable selon les types de service socio-sanitaire) ait pu se manifester dans les réponses fournies par les bénéficiaires auquel cas, les données obtenues en institution sur les taux d'incapacité/activité représentaient des limites supérieures (surestimation maximale).

Comme on pouvait s'y attendre, on observe au tableau 1 parmi les personnes sélectionnées en institution une nette sur-représentation des taux d'incapacité/activité, en comparaison des taux observés chez les personnes âgées qui vivaient à domicile. Ceci est vrai peu importe le sexe et les groupes d'âge.

Le classement de certaines activités selon leur impact sur la perte d'autonomie est variable selon le type de résidence, le sexe et les groupes d'âge. Mais, généralement, les activités pour lesquelles le taux d'incapacité est le plus élevé, ou le moins élevé, maintiennent proportionnellement de tels taux quel que soit le type de résidence, le sexe et les groupes d'âge (ex.: être en mesure d'effectuer des tâches lourdes, être capable de manger ou se nourrir).

À partir des données présentées à la figure 3, il est possible d'effectuer un regroupement des personnes âgées selon des catégories distinctes dont les effectifs doivent être suffisants pour permettre de décrire les caractéristiques des personnes âgées autonomes.

Les 8 groupes constitués empiriquement sont les suivants³ :

- autonome par rapport à l'ensemble de ces activités (0) ;
- autonome sauf pour une ou plusieurs activités d'entretien ménager (1, 2, 3) ;
- autonome sauf pour une ou plusieurs activités quelconques – il s'agit dans la majorité des cas d'activités ménagères et d'exploration extérieure (1, 2, 3) ;
- autonome sauf pour toutes les activités d'entretien ménager et pour une ou plusieurs autres activités – il s'agit surtout d'activités d'exploration extérieure – (4, 5, 6) ;
- autonome sauf pour 4 à 6 activités réparties différemment selon les trois groupes d'activités retenues (4, 5, 6) ;
- autonome sauf pour toutes ou 4 des 6 activités d'entretien ménager et d'exploration, et pour 1 à 2 activités quotidiennes (7, 8) ;
- autonome sauf pour toutes ou 5 des 6 activités d'entretien ménager et d'exploration extérieure, et pour 3 activités quotidiennes et plus (9, 10, 11, 12) ;
- absence d'autonomie relativement à ces activités (13).

On observe au tableau 2 une différence marquée dans la répartition des groupes d'autonomie selon le type de résidence, bien que l'on puisse y lire

Tableau 2

*Importance relative des groupes d'autonomie selon le type de résidence, le sexe et l'âge**

Type de résidence		DOMICILE						INSTITUTION					
Sexe		Féminin			Masculin			Féminin			Masculin		
Âge		65-69	70-74	75 ans +	65-69	70-74	75 ans +	65-69	70-74	75 ans +	65-69	70-74	75 ans +
1.	Autonomie relative	48.2	38.9	23.3	6.5	10.4	11.9	3.6	3.5	—	4.2	3.4	7.7
2.	1 à 3 activités ménagères	25.3	24.1	20.7	76.6	71.7	55.1	10.9	22.8	8.6	22.9	15.5	12.3
3.	1 à 3 activités quelconques	16.9	23.1	27.6	7.8	8.5	11.0	12.7	8.8	7.4	8.3	3.4	12.3
4.	Activités ménagères et 1 à 3 autres activités	3.6	2.8	9.5	2.6	6.6	8.5	10.9	12.3	4.9	12.5	13.8	10.8
5.	4 à 6 activités quelconques	2.4	10.2	13.8	2.6	0.9	6.8	14.5	10.5	17.3	6.3	10.3	7.7
6.	Toutes ou 5 des 6 activités ménagères et d'exploration et 1 à 2 activités quotidiennes	2.4	0.9	2.6	2.6	1.9	2.5	14.5	10.5	22.2	14.6	15.5	12.3
7.	Toutes ou 5 des 6 activités et d'exploration et 3 activités quotidiennes et plus	1.2	—	2.0	1.3	—	2.5	27.3	22.8	25.9	29.2	27.6	21.5
8.	Absence d'autonomie relative	—	—	0.8	—	—	1.7	5.5	8.8	13.6	2.1	10.3	15.4
		(83)	(108)	(116)	(77)	(106)	(118)	(55)	(57)	(81)	(48)	(58)	(65)

* Les pourcentages sont calculés verticalement. Les chiffres entre parenthèses correspondent au nombre de cas observés. Cette note s'applique également aux tableaux 3, 4 et 5.

également que les probabilités d'appartenir à un groupe d'autonomie donné soient variables selon le sexe et les groupes d'âge. À domicile, par exemple, les femmes qui ont entre 65 et 69 ans ont 1 chance sur 2 d'appartenir au groupe 1 ; celles qui ont 75 ans et plus n'ont qu'une chance sur quatre d'y appartenir. À domicile, les hommes qui ont entre 65 et 69 ans ont trois chances sur quatre d'appartenir au groupe 2 ; ceux qui ont 75 ans et plus n'ont plus qu'une chance sur deux d'appartenir à ce même groupe, etc.

Les groupes 1, 2 et 3 se trouvent en forte proportion parmi la population sélectionnée à domicile, contrairement à la population sélectionnée en institution. Corrélativement, les autres groupes qui ont une perte d'autonomie plus grande représentent une faible proportion des personnes âgées à domicile, alors qu'il y a une forte proportion des personnes âgées en institution qui s'y trouvent.

Les tableaux 3, 4 et 5 décrivent, sans tenir compte du sexe et de l'âge, certaines caractéristiques des personnes âgées (variables présentées à la figure 1) selon leur appartenance à l'un ou l'autre des groupes d'autonomie. L'objectif poursuivi est de vérifier la cohérence interne (validité pragmatique) de ces groupes d'autonomie eu égard à un ensemble d'autres caractéristiques propres aux personnes âgées.

Une définition de certaines variables retenues pour cet exercice s'impose. Ensuite, il faut comparer les résultats obtenus au niveau de l'ensemble de notre échantillon en vertu des deux principaux sous-échantillons : personnes âgées en institution ou à domicile.

La variable dite «capacité psychologique» comprend les 5 aspects suivants : mémoire, concentration, jugement, compréhension et contact avec la réalité. L'évaluateur, immédiatement après l'entrevue, indiquait dans quelle mesure chacun de ces aspects était adéquat, déficient ou nul (aux fins de la présente étude, les catégories «déficient», «nul» ont été regroupées en une seule). Pour une même personne, on a considéré ces 5 aspects dans leur ensemble et regroupé les personnes qui présentaient pour chacun de ceux-ci des caractéristiques identiques (adéquat *versus* déficient/nul). Cette procédure a permis de finaliser les modalités de la variable : (1) aucun de ces aspects n'est adéquat, (2) 1 ou 2 aspects sont adéquats, (3) 3 ou 4 aspects sont adéquats, (4) tous ces aspects sont adéquats.

La variable dite «traits de personnalité» comprend une série de huit items : gai, confiant, doux, sociable, dépendant, décidé, loquace et actif. Pour chacune de ces rubriques, l'évaluateur devait situer sur un continuum la personne âgée interrogée. Dans un premier temps, nous avons regroupé les modalités de réponse en deux catégories : gai (très gai, gai, normalement gai), triste (triste et très triste). Dans un deuxième temps, pour une même personne, nous avons considéré l'ensemble de ces rubriques et regroupé les personnes qui présentaient un même «pattern» de réponse. Cette analyse

nous a amené, dans un troisième temps, à définir les modalités de la variable comme suit : (1) tous les aspects retenus sont positifs, (2) un ou plusieurs de ces aspects sont positifs chez les personnes apparaissant par ailleurs surtout comme dépendantes, indécises, plus ou moins actives, (3) un ou plusieurs de ces aspects sont positifs chez les personnes apparaissant par ailleurs surtout tristes et méfiantes.

La «capacité sensorielle» regroupe les résultats d'une évaluation individuelle des principaux organes des sens (la vue, l'ouïe et la parole). Le fait que l'un ou l'autre de ces organes soit classé dans la catégorie «inadéquat» signifie que ces personnes ont des difficultés qui ne sont pas compensées correctement (lunettes, verres de contact, appareils auditifs, lecture sur lèvres, gestes, etc.).

Les limitations en ce qui concerne la «mobilité physique» ne tiennent pas compte ici des comparaisons possibles.

La variable «isolement quotidien» est une variable synthétique construite à l'aide de trois types de données. La première information concerne la situation de vie de la personne âgée à domicile et celle qui prévalait avant que la personne âgée n'ait recours aux ressources institutionnelles; cette situation de vie est définie comme suit : la personne âgée vit seule ou avec une ou d'autres personnes. La seconde information prend en considération la présence ou l'absence d'un réseau familial et social limité aux enfants, frères/sœurs, autres parents et amis réguliers. La troisième donnée considère la variété des contacts quotidiens avec les proches (un contact seulement ou plusieurs contacts).

Les modalités de cette variable d'isolement sont : (1) la personne âgée vit seule et est isolée quotidiennement (pas de réseau familial et social); (2) la personne âgée vit seule, a un réseau et au moins un contact quotidien avec ses proches; (3) la personne âgée vit seule, a un réseau et plusieurs contacts quotidiens avec ses proches; (4) la personne âgée ne vit pas seule mais a un seul contact quotidiennement; (5) la personne âgée n'est pas seule et elle a plusieurs contacts quotidiens avec ses proches. (Cette variable ne s'applique que dans 56% des cas à cause de la proportion élevée de manque d'informations).

Dans les tableaux qui suivent, nous considérons uniquement *les modalités extrêmes*, afin de faire ressortir davantage les tendances observées.

Le tableau 3 montre globalement une cohérence interne entre certaines caractéristiques des personnes âgées et leur appartenance aux groupes d'autonomie. En effet, on observe à mesure que la perte d'autonomie s'accroît une tendance croissante vers une incapacité psychologique, des traits de personnalité négatifs (dépendante, indécise, plus ou moins active) une capacité sensorielle inadéquate, des problèmes de mobilité physique, d'incontinence, un niveau d'activité pratiquement inexistant, etc.

Tableau 3

*Répartition de certaines caractéristiques psychologiques, physiques, sociales et médicales selon les groupes d'autonomie**
(Ensemble de l'échantillon)

Variables	Modalités	Groupes d'autonomie							
		Gr. 1	Gr. 2	Gr. 3	Gr. 4	Gr. 5	Gr. 6	Gr. 7	Gr. 8
Capacité psychologique	Tous les aspects sont adéquats	96.6 (148)	94.6 (315)	90.2 (123)	71.8 (71)	78.2 (78)	40.6 (64)	22.5 (89)	5.9 (34)
Traits de personnalité**	Tous positifs	81.3	85.7	77.8	46.0	60.0	41.0	8.8	15.4
	Dépendante, indécise et ± active	11.8 (144)	9.7 (300)	13.7 (117)	42.9 (63)	33.3 (75)	49.2 (61)	83.8 (68)	76.9 (13)
Capacité sensorielle	Tous adéquats	93.4 (151)	89.5 (323)	89.3 (131)	83.8 (74)	79.3 (82)	71.6 (67)	63.6 (99)	47.4 (38)
Mobilité physique	Aucun problème	93.4 (152)	88.5 (323)	85.5 (131)	62.2 (74)	61.0 (82)	41.8 (67)	45.4 (97)	— (39)
Incontinence	Aucun problème	98.7 (150)	98.1 (318)	96.2 (131)	91.4 (70)	94.7 (76)	89.4 (66)	54.4 (90)	17.9 (39)
Isolement quotidien**	Vit seule, isolée	17.4	8.8	18.2	26.3	18.4	19.2	43.3	—
	Ne vit pas seule et + contacts	25.2 (115)	34.9 (249)	25.0 (88)	18.4 (38)	16.3 (49)	3.8 (26)	6.6 (30)	33.3 (3)
Niveau activité de loisirs**	Aucune/une activité	—	—	—	—	—	16.3	29.7	82.1
	8 activités et +	24.5 (110)	12.1 (248)	8.4 (95)	4.1 (49)	3.7 (54)	2.3 (43)	— (64)	— (28)
Description générale, activité quotidienne	Mi-jour et + hors du lit	99.3 (152)	98.5 (323)	95.4 (130)	90.4 (73)	90.2 (82)	76.5 (68)	64.0 (100)	30.8 (39)
Surveillance médicale	Oui	59.9 (152)	57.1 (322)	42.3 (130)	58.3 (72)	60.5 (81)	77.9 (68)	88.9 (99)	82.1 (39)
Médication reçue actuellement**	Aucune	38.6	41.5	24.5	18.5	13.1	25.6	21.3	5.3
	3 médicaments +	15.0 (127)	14.2 (260)	22.3 (94)	29.6 (54)	39.3 (61)	33.3 (39)	34.0 (47)	57.9 (19)

* Les chiffres entre parenthèses représentent le nombre d'observations.

** En ce qui concerne ces variables, nous n'avons pas inclus les modalités intermédiaires.

Tableau 4

*Répartition de certaines caractéristiques psychologiques, physiques, sociales et médicales selon les groupes d'autonomie**
(Échantillon à domicile)

Variables	Modalités	Groupes d'autonomie							
		Gr. 1	Gr. 2	Gr. 3	Gr. 4	Gr. 5	Gr. 6	Gr. 7	Gr. 8
Capacité psychologique	Tous les aspects sont adéquats	96.3 (135)	97.0 (263)	94.6 (92)	82.4 (34)	86.8 (38)	61.5 (13)	— (5)	— (1)
Traits de personnalité**	Tous positifs	81.8	86.0	79.8	36.4	51.4	41.7	—	—
	Dépendante, indécise et ± active	7.6 (132)	4.3 (257)	7.9 (89)	9.1 (33)	5.4 (37)	16.7 (12)	— (2)	— (1)
Capacité sensorielle	Tous adéquats	92.8 (138)	90.3 (269)	90.9 (99)	77.8 (36)	82.5 (40)	76.9 (13)	28.6 (7)	100.0 (3)
Mobilité physique	Aucun problème	93.5 (139)	90.0 (270)	83.8 (99)	58.3 (36)	55.0 (40)	30.8 (13)	28.6 (7)	— (3)
Incontinence	Aucun problème	98.5 (137)	99.2 (266)	96.0 (99)	85.3 (34)	97.3 (37)	84.6 (13)	33.3 (6)	33.3 (3)
Isolement quotidien**	Vit seule, isolée	16.8	4.5	14.3	—	6.5	—	—	—
	Ne vit pas seule et + contacts	25.7 (113)	39.2 (222)	30.0 (70)	30.4 (23)	25.8 (31)	37.5 (8)	40.0 (5)	50.0 (2)
Niveau activité de loisirs**	Aucune/une activité	—	—	—	—	—	11.1	20.0	50.0
	8 activités et +	25.2 (103)	12.6 (215)	8.1 (74)	3.3 (30)	6.7 (30)	— (9)	— (5)	— (2)
Description générale, activité quotidienne	Mi-jour et + hors du lit	100.0 (139)	98.9 (269)	94.9 (98)	91.7 (36)	87.5 (40)	66.7 (12)	42.9 (7)	33.3 (3)
Surveillance médicale	Oui	57.6 (139)	50.4 (268)	34.3 (99)	25.0 (36)	27.5 (40)	41.7 (12)	28.6 (7)	— (3)
Médication reçue actuellement**	Aucune	39.3	44.0	21.5	20.0	12.1	10.0	16.7	—
	3 médicaments +	13.7 (117)	12.1 (232)	21.5 (79)	23.3 (30)	30.3 (33)	40.0 (10)	— (6)	100.0 (2)

* Les chiffres entre parenthèses représentent le nombre d'observations.

** En ce qui concerne ces variables, nous n'avons pas inclus les modalités intermédiaires.

Tableau 5

*Répartition de certaines caractéristiques psychologiques, physiques, sociales et médicales selon les groupes d'autonomie**
(Échantillon en institution)

Variables	Modalités	Groupes d'autonomie							
		Gr. 1	Gr. 2	Gr. 3	Gr. 4	Gr. 5	Gr. 6	Gr. 7	Gr. 8
Capacité psychologique	Tous les aspects sont adéquats	100.0 (13)	82.7 (52)	77.4 (31)	62.2 (37)	70.0 (40)	35.3 (51)	23.8 (84)	6.1 (33)
Traits de personnalité**	Tous positifs	75.0	83.7	71.4	56.7	68.4	40.8	9.1	16.7
	Dépendante, indécise et ± active	25.0 (12)	9.3 (43)	17.9 (28)	30.0 (30)	23.7 (38)	51.0 (99)	83.3 (66)	75.0 (12)
Capacité sensorielle	Tous adéquats	100.0 (13)	85.2 (54)	84.4 (32)	89.5 (38)	76.2 (42)	70.4 (34)	66.3 (92)	42.9 (35)
Mobilité physique	Aucun problème	92.3 (13)	81.1 (53)	90.6 (32)	65.8 (38)	66.7 (42)	40.7 (54)	23.3 (90)	— (35)
Incontinence	Aucun problème	100.0 (13)	92.3 (52)	96.9 (32)	97.2 (36)	92.3 (39)	90.6 (53)	56.0 (84)	16.7 (36)
Isolement quotidien**	Vit seule, isolée	50.0	44.4	33.3	66.6	38.9	27.8	52.0	—
	Ne vit pas seule et + contacts	— (2)	— (27)	5.5 (18)	— (15)	— (18)	— (18)	— (25)	— (1)
Niveau activité de loisirs**	Aucune/une activité	—	—	—	—	—	17.6	30.5	84.6
	8 activités et +	14.3 (7)	9.1 (33)	9.5 (21)	5.3 (19)	— (24)	2.9 (34)	— (59)	— (26)
Description générale, activité quotidienne	Mi-jour et + hors du lit	92.3 (13)	96.3 (54)	96.9 (32)	89.2 (37)	92.9 (42)	78.6 (56)	65.6 (93)	30.6 (36)
Surveillance médicale	Oui	84.6 (13)	90.7 (54)	67.7 (31)	91.7 (36)	92.7 (41)	85.7 (56)	93.5 (92)	88.9 (36)
Médication reçue actuellement**	Aucune	30.0	21.4	40.0	16.7	14.3	31.0	22.0	5.9
	3 médicaments +	30.0 (10)	32.1 (28)	26.7 (15)	37.5 (24)	50.0 (28)	31.0 (29)	39.0 (41)	52.9 (17)

* Les chiffres entre parenthèses représentent le nombre d'observations.

** En ce qui concerne ces variables, nous n'avons pas inclus les modalités intermédiaires.

Les tableaux 4 et 5 confirment de nouveau cette tendance pour chacun des types de résidence. Par conséquent, cette brève analyse de certaines caractéristiques des personnes âgées et leur appartenance à l'un ou l'autre des groupes d'autonomie nous fournit une bonne indication de la validité pragmatique des profils d'autonomie constitués. À cette validité pragmatique devra ultérieurement se joindre une explication théorique.

CONCLUSION

Dans cette étude exploratoire nous avons présenté succinctement les réalisations suivantes : opérationnalisation d'un concept d'autonomie restreinte (définition minimale et application à l'aide d'un instrument d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle), méthode de mesure, création de variables et validation pragmatique des groupes d'autonomie différenciés. Cette étude n'était que la première étape d'une démarche d'exploration du concept d'autonomie qui se poursuit présentement.

NOTES

1. En institution, l'équipe de recherche a posé ces questions au soignant même lorsque la personne âgée était en possession de toutes ses facultés, dans le but exprès d'effectuer éventuellement une comparaison des perceptions entre les soignants et les bénéficiaires.
2. Autonome dans la mesure où l'on reconnaît ces activités comme des indicateurs valides de l'autonomie globale.
3. Les chiffres entre parenthèses correspondent au nombre d'incapacités apparaissant à la figure 3.

RÉFÉRENCES

- ALBAREDE, J. L., J. POUS et F. CAYLA, 1979, *Les facteurs qui conditionnent la perte d'autonomie*, communication présentée au 1^{er} congrès Francophone de Gérontologie, Paris, 18 septembre.
- CLICHE, P., 1975, *Indicateurs sociaux : conception et élaboration*, Collection indicateurs sociaux ; projet DORIS, document n° 1, M. A. S., août, 153 p.
- DESJARDINS, B. et J. LÉGARÉ, 1977, Le vieillissement de la population du Québec : faits, causes et conséquences, *Critère*, 16, p. 143-149.
- EROS, 1977 a, *Classification par type en milieu de soins prolongés*, CTMSP 77, Département d'Administration de la Santé, Université de Montréal.
- EROS, 1977 b, *Formule d'évaluation d'autonomie des personnes à domicile*, CTMSP 77, Département d'Administration de la Santé, Université de Montréal.
- EROS, 1977 c, *Formule d'évaluation d'autonomie des personnes en institution*, CTMSP 77, Département d'Administration de la Santé, Université de Montréal.
- EROS, 1978, *Un système d'information pour l'administration et la planification des services socio-sanitaires prolongés*, CTMSP 77, rapport d'échantillonnage, Département d'Administration de la Santé, Université de Montréal.
- EROS, 1980, *CTMSP 77 – A Systems for Social/Health Services and Resources Need Assessment and Patient Classification*, Communication présentée à la 2^e Conférence Internationale sur la science des systèmes dans le domaine de la santé, Montréal, 15 juillet.
- POUS, J., J. L. ALBARÈDE et J. MONNIER, 1979, *Les indicateurs de santé*, Communication présentée au 1^{er} congrès Francophone de Gérontologie, Paris, 18 septembre.
- KATZ, S. et al., 1970, Progress in Development of the Index of ADL, *The Gerontologist*, Part I, p. 20-30.

SUMMARY

The present study is a follow-up of a research project made in 1978 by the Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé (EROS) of the Department of Health Administration at the Université de Montréal. The aims were a) firstly to construct a classification instrument by type for long-term care patients, enabling us, to identify these beneficiaries' needs, as well as to guide their placement in a health services' system. And b) to evaluate this instrument (reliability and validity), c) to initiate its implementation and d) to utilize it for evaluating the present placement system. This study constitutes the first stage in an approach aimed at producing, on the basis of a systematic scanning of data collected within the framework of the above-mentioned project; a comprehensive descriptive analysis of the social/health characteristics of an aged population (65 years and over) in one of Quebec's social/health regions i.e. Montreal's South Shore. At first, the authors define the context and the objectives of the study undertaken; secondly, they define the concept of autonomy by showing how the latter is expressed concretely according to the observation instrument (evaluation form of the individual's functional autonomy). Thirdly, a presentation is made of the method of measurement, as well as certain results concerning an index of restricted autonomy directly related to situations of observable behaviour (e.g. daily-life activities, exploring the outside world, and housekeeping).